Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

Indicador 3.a.1: Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)

Información institucional

Organizaciones:

Organización Mundial de la Salud;

Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (co-custodios)

Conceptos y definiciones

Definición:

El indicador se define como el porcentaje de la población de 15 años o más que consume actualmente cualquier producto del tabaco (para fumar y/o sin humo) de forma diaria o no diaria.

Conceptos:

Por consumo de tabaco se entiende el uso de productos de tabaco para fumar y/o sin humo. “Por consumo actual” se entiende el consumo en los últimos 30 días en el momento de la encuesta, ya sea diario o no diario.

Por productos del tabaco se entiende los productos fabricados total o parcialmente con la hoja de tabaco como materia prima, destinados al consumo humano mediante su fumado, chupado, masticado o esnifado.

“Los productos de tabaco para fumar” incluyen los cigarrillos, los cigarritos, los puros, los cheroots, los bidis, las pipas, las shishas (pipas de agua), el tabaco para armar, el kretek y cualquier otra forma de tabaco que se consuma fumando.

"El producto de tabaco sin humo" incluye el rapé húmedo, el rapé cremoso, el rapé seco, el plug, los disolventes, el gul, la hoja suelta, el polvo de dientes rojos, el snus, el chimo, el gutkha, el khaini, el gudakhu, el zarda, el quiwam, el dohra tuibur, nasway, naas, naswar, shammah, toombak, paan (betel quid con tabaco), iq’mik, mishri, tapkeer, tombol y cualquier otro producto del tabaco que se consuma inhalando, manteniéndolo en la boca o masticándolo.

Las estimaciones de prevalencia se han “estandarizado por edad” para que sean comparables entre todos los países, independientemente del perfil demográfico del país. Esto se hace aplicando las tasas de prevalencia específicas de cada país por edad y sexo a la población estándar de la OMS. Las tasas resultantes son números hipotéticos que sólo tienen sentido cuando se comparan las tasas obtenidas para un país con las obtenidas para otro país.

Justificación:

El consumo de tabaco es uno de los principales factores que contribuyen a la enfermedad y a la muerte por enfermedades no transmisibles (ENT). No se ha demostrado que exista un nivel seguro de consumo de tabaco o de exposición al humo ajeno. Todos los consumidores diarios y no diarios de tabaco corren el riesgo de sufrir una serie de consecuencias negativas para la salud a lo largo de la vida, incluidas las ENT. La reducción de la prevalencia del consumo actual de tabaco contribuirá en gran medida a reducir la mortalidad prematura por ENT (meta 3.4). Es necesario realizar un seguimiento rutinario y regular de este indicador para poder realizar un seguimiento y una evaluación precisos del impacto de la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), o de las políticas de control del tabaco en los países que aún no son Parte del CMCT de la OMS, a lo largo del tiempo. Los niveles de prevalencia del consumo de tabaco son un indicador adecuado de la aplicación de la meta 3.a de los ODS “Reforzar la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda”.

Comentarios y limitaciones:

Para calcular las estimaciones comparables de este indicador se utilizan los datos brutos recolectados a través de las encuestas nacionales representativas de la población de los países. No se utiliza la información de las encuestas subnacionales.

En algunos países, todo el consumo de tabaco y el tabaquismo pueden ser equivalentes, pero en muchos países en los que también se consumen otras formas de tabaco, las tasas de tabaquismo serán inferiores a las de consumo de tabaco en cierta medida.

La comparabilidad, la calidad y la frecuencia de las encuestas de hogares afectan a la precisión y la calidad de las estimaciones. La falta de comparabilidad de los datos puede deberse al uso de diferentes instrumentos de encuesta, métodos de muestreo y análisis y definiciones de indicadores en los distintos Estados miembros. Las encuestas pueden abarcar diversos rangos de edad (no siempre mayores de 15 años) y repetirse a intervalos irregulares. Las encuestas pueden incluir una variedad de productos del tabaco, o a veces solo un producto, como los cigarrillos, según la percepción del país de qué productos son importantes de controlar. A menos que se controlen simultáneamente los productos para fumar y los que no son para fumar, la prevalencia del consumo de tabaco no se registrará. Los países han comenzado a vigilar el uso de los cigarrillos electrónicos y otros productos emergentes, lo que puede confundir las definiciones de consumo de tabaco de los países. La definición de consumo actual no siempre se limita a los 30 días anteriores a la encuesta. Además, en las encuestas se pide a las personas que informen por sí mismas sobre su consumo de tabaco, lo que puede dar lugar a una infradeclaración del consumo de tabaco.

No existe un protocolo estándar utilizado en todos los Estados miembros para preguntar a las personas sobre su consumo de tabaco. Las preguntas sobre el tabaco para las encuestas (TQS) de la OMS se han adoptado en muchas encuestas, lo que ayuda a mejorar la comparabilidad de los indicadores entre países.

Metodología

Método de cálculo:

Se utiliza un modelo estadístico basado en una metarregresión binomial negativa bayesiana para modelar la prevalencia del consumo actual de tabaco en cada país, por separado para varones y mujeres. Una descripción completa del método está disponible como artículo revisado por pares en

The Lancet, volumen 385, nº 9972, p966–976 (2015). Una vez que las tasas de prevalencia por edad y sexo de las encuestas nacionales se compilaron en un conjunto de datos, el modelo se ajustó para calcular las estimaciones de la tendencia desde el año 2000 hasta el 2030. El modelo tiene dos componentes principales: (a) ajustar los indicadores y grupos de edad que faltan, y (b) generar una estimación de las tendencias a lo largo del tiempo, así como el intervalo de credibilidad del 95% en torno a la estimación. Dependiendo de la exhaustividad de los datos de la encuesta de un país en particular, el modelo a veces utiliza datos de otros países para llenar los vacíos de información. Para llenar las lagunas de información, la información se "toma prestada" de los países de la misma subregión de la ONU. Las líneas de tendencia resultantes se utilizan para obtener estimaciones para un solo año, de modo que se puede comunicar una cifra aunque el país no haya realizado una encuesta en ese año. Para que los resultados sean comparables entre países, las tasas de prevalencia se estandarizan por edad con respecto a la población estándar de la OMS.

Las estimaciones de los países con encuestas irregulares o con muchas lagunas de datos tendrán grandes rangos de incertidumbre, y esos resultados deben interpretarse con precaución.

Tratamiento de valores faltantes:

- ***A nivel de país:***

Para los países con menos de dos encuestas completadas en años diferentes desde 1990, no se calcula ninguna estimación, ya que no se puede determinar la tendencia. Para los países con datos de dos o más encuestas nacionales, las lagunas de datos, si las hay, se completan como se describe en el Método de cálculo.

- ***A nivel regional y mundial:***

Los países en los que no se puede calcular una estimación se incluyen en los promedios regionales y mundiales asumiendo que sus tasas de prevalencia para varones y mujeres son iguales a las tasas medias para varones y mujeres observadas en la subregión de la ONU[1] en la que se encuentran. Cuando se encuestó a menos del 50% de la población de una subregión de las Naciones Unidas, las subregiones de las Naciones Unidas se agrupan con las subregiones vecinas hasta que al menos el 50% de la población agrupada haya aportado datos a las tasas medias de la región 1.

---

1 Para obtener una lista de países por región de las Naciones Unidas, consulte las páginas ix a xiii de World Population Prospects: The 2017 Revision, publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU en 2017 en https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf (consultado el 25 de mayo de 2017). A los efectos del análisis del tabaco, se realizaron los siguientes ajustes: (i) La subregión de África Oriental se dividió en dos regiones: Islas de África Oriental y Resto de África Oriental; (ii) Armenia, Azerbaiyán, Estonia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Tayikistán, Uzbekistán y Turkmenistán se clasificaron con Europa Oriental, (iii); Chipre, Israel y Turquía se clasificaron con Europa Meridional, y (iv) las subregiones de Melanesia, Micronesia y Polinesia se combinaron en una subregión. ↑

Agregados regionales:

Las tasas de prevalencia medias de las regiones se calculan ponderando las tasas de prevalencia específicas por edad de los países y estandarizando las tasas medias específicas por edad de la región.

Fuentes de discrepancia:

Las estimaciones de la OMS difieren de las estimaciones nacionales, ya que

i) están estandarizadas por edad para mejorar la comparabilidad internacional y

ii) se calculan utilizando un método estándar para todos los países. Las encuestas poco frecuentes o la falta de disponibilidad de encuestas recientes hacen que se recurra más a la modelización. Como el conjunto de datos de cada país mejora con el tiempo al añadirse nuevas encuestas, las estimaciones recientes pueden parecer incoherentes con las anteriores. Las estimaciones de la OMS se someten a consulta en los países antes de su publicación.

Métodos y directrices a disposición de los países para la compilación de los datos a nivel nacional:

Información no disponible.

Garantía de calidad

Información no disponible

Fuentes de datos

Descripción:

Tasas de prevalencia por edad y sexo de las encuestas nacionales representativas de la población realizadas desde 1990:

- reconocidas oficialmente por la autoridad sanitaria nacional;
- de participantes seleccionados al azar y representativos de la población general; y
- que informen de al menos un indicador que mida el consumo actual de tabaco, el consumo diario de tabaco, el consumo actual de tabaco para fumar, el consumo diario de tabaco, el consumo actual de cigarrillos o el consumo diario de cigarrillos.

Los informes oficiales de las encuestas se recogen de los Estados miembros mediante uno o varios de los siguientes métodos:

- Sistema de notificación del CMCT de la OMS;
- revisión de las encuestas realizadas bajo los auspicios del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco;
- revisión de otras encuestas realizadas en colaboración con la OMS, como las encuestas STEPwise y las Encuestas Sanitarias Mundiales;
- exploración de bases de datos de vigilancia internacionales como las de la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS), la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y la Encuesta de Medición de Niveles de Vida (LSMS) del Banco Mundial; e
- identificación y revisión de encuestas específicas de cada país que no forman parte de los sistemas internacionales de vigilancia.

Proceso de recopilación:

Informes descargados de sitios web o enviados por correo electrónico por sus homólogos nacionales. La OMS comparte y hace públicas las metodologías de sus estimaciones a través del Informe mundial de la OMS sobre las tendencias del consumo de tabaco 2000-2025 y el Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Las estimaciones de la OMS se someten a consulta en los países antes de su publicación.

Disponibilidad de datos

Descripción:

El indicador está disponible para todos los países desde el año 2000 hasta el año en curso, dependiendo de la disponibilidad de datos empíricos para cada país.

Desagregación:

Sexo.

Calendario

Recopilación de datos:

Recopilación continua de datos.

Publicación de datos:

Publicación bienal a través del Informe mundial de la OMS sobre las tendencias del tabaquismo 2000-2025, el Observatorio Sanitario Mundial de la OMS y la base de datos de aplicación del CMCT de la OMS.

Proveedores de datos

Estados miembros de la OMS, Partes del CMCT de la OMS.

Compiladores de datos

Iniciativa Libre de Tabaco de la OMS; Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.

Referencias

URL:

http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/

http://www.who.int/gho/en/

http://apps.who.int/fctc/implementation/database/

Indicadores relacionados a febrero de 2020

Indicador 3.4.1: Tasa de mortalidad atribuida a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas